



# La asistencia psiquiátrica en el contexto de la Bioética

**Fernando Santander**

Médico psiquiatra. Magíster en Bioética  
Servicios de Salud Mental de Álava (Osakidetza / Servicio Vasco de Salud)

## Resumen

Se realiza un acercamiento no exhaustivo a la historia y conceptos básicos de la Bioética. Se repasan también someramente los conflictos éticos que pueden surgir en los diversos momentos de la práctica asistencial psiquiátrica (diagnóstico, terapéutica) y en relación con el consentimiento informado, la confidencialidad o la valoración de la competencia. Finalmente se exponen algunas ideas en torno a las funciones y metodología de trabajo de los Comités de Ética Asistencial.

## Palabras Clave

Bioética. Principios de bioética. Conflictos éticos en psiquiatría. Consentimiento informado. Confidencialidad. Competencia. Comités de Ética Asistencial.

## LA BIOÉTICA

En 1971 Van Potter acuñó un nuevo término, *Bioética*, para abrir una reflexión sobre los retos que se le planteaban a la biología en un planeta sobrepoblado y con graves problemas medioambientales. Este término se amplió en las décadas siguientes, aplicándose al estudio sistemático de las dimensiones morales de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud. Así, actualmente se entiende la Bioética como una tarea de reflexión que analiza, desde las categorías de valor, deber, bondad, etc. los actos humanos en las cuestiones relacionadas con la vida —ya sea las ciencias biológicas o de la salud—; es decir, es una tarea racional de análisis de las conductas morales en el ámbito de la biología y la medicina.

La Bioética es una nueva disciplina que se ha venido desarrollando en los últimos treinta años a raíz de tres cambios fundamentales:

- El avance técnico de la medicina, que plantea decisiones mucho más complejas y difíciles que antes sobre la salud y la enfermedad, las condiciones de la vida y de la muerte y la propia asistencia sanitaria.
- El desarrollo de los Derechos Humanos, que en el caso de las personas que padecen enfermedades incluyen el derecho a decidir sobre lo que les afecte y a vivir según sus propios proyectos.
- La generalización del derecho a la asistencia sanitaria, que obliga a toda la sociedad a plantearse la distribución y los límites de los recursos que se dedican a la sanidad.

En su vertiente más pragmática y conocida se define como *Bioética Clínica*, porque pretende analizar los valores que acompañan a los



hechos clínicos en las relaciones asistenciales. Es una ética práctica pero también un discurso moral nuevo —que supera la deontología y la ética filosófica—, utiliza el diálogo y la deliberación —en una sociedad plural cuyos miembros no tienen una moral común—, y reconoce que muchos problemas actuales son, en sentido estricto, dilemas (problemas cuya solución es otro problema) o aporías (situaciones sin solución aparente).

En la medida que trata de considerar todas las perspectivas posibles la Bioética conduce con frecuencia a una visión más compleja de la realidad, pero también pretende dotarse de una metodología que ayude en la búsqueda de respuestas. La Bioética no se propone como un recetario para problemas difíciles ni como una vía para alcanzar la verdad; su modo de razonamiento —superando el normativismo deontológico tradicional— intenta ser sistemático y para ello se basa en una metodología de trabajo que parte de un sistema de referencia formal (“todo ser humano es persona y en tanto tal digna e igual a otras y merecedora por ello de un trato respetuoso y considerado”) y unos principios morales básicos, para posteriormente entrar a considerar las consecuencias previsibles de los actos clínicos.

Uno de los aspectos más conocidos de esta metodología es el de los *principios básicos de la Bioética*, que no deben ser entendidos como verdades incuestionables sino como un referente o brújula orientadora en el análisis ético de los conflictos asistenciales. Recordemos brevemente estos principios: *No-Maleficencia* u obligación de no dañar (y en un sentido más amplio: de realizar una correcta práctica asistencial); *Justicia* o equidad en el trato con todas las personas atendidas, sin prejuicios ni discriminaciones; *Autonomía* o deber de aceptar el derecho de todas las personas a decidir sobre aquello que les afecte; y *Beneficencia*, que implica el intentar procurar el mayor bien, según los criterios de “bien” de la persona atendida.

Así, desde esta perspectiva, una actividad profesional sería éticamente correcta si es capaz de respetar estos principios. La consideración de las posibles consecuencias de los actos clínicos podría hacer que alguno de estos principios no sea respetado en su integridad; sería entonces motivo de una excepción a la regla, pero siempre una excepción suficientemente argumentada y justificada. En definitiva, es un sistema de razonamiento que propugna una deliberación racional sobre los actos clínicos pero que permite el disenso, siempre que sea razonable.

## LA ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA Y LA BIOÉTICA

La Psiquiatría (entendida en el sentido amplio de todas aquellas ciencias y quehaceres relacionados con la Salud Mental) también se va adaptando a estos cambios. Históricamente la Psiquiatría no ha sido ajena a la preocupación por los aspectos éticos de su quehacer y hasta se podría decir que —en cierto modo— ha sido una avanzada en la consideración de muchos de los aspectos que ahora se descubren como novedosos. Así por ejemplo, en un rápido repaso, podemos nombrar algunos: la constante preocupación por la búsqueda de un trato digno para los enfermos mentales, que tradicionalmente han estado marginados en lo social y lo asistencial; la crítica de las concepciones organomorfas-biologicistas y la introducción de una perspectiva holística del ser humano; la importancia que siempre ha dado a la compleja relación profesional-paciente y su particulares características (transferencia, contratransferencia, ...); el descubrimiento del valor terapéutico de la palabra; la valoración de la capacidad de la persona para regir autónomamente sus propios actos y decisiones; la preocupación por sistemas asistenciales integrados y comunitarios, etc.

Aún así, la práctica profesional en el campo de la salud mental no está libre de conflictos y retos de los que se puede hacer una lectura ética; veamos algunos:



El primer problema sería la poco clara definición de su campo de trabajo, empezando por la propia indefinición de lo que es trastorno o enfermedad mental. El primer paso de toda actividad clínica pasa por el diagnóstico y en este campo la Psiquiatría —aunque existen clasificaciones basadas en criterios de consenso (CIE 10, DSM IV) con definiciones tipológicas de carácter descriptivo, pragmático y provisional— tiene aún mucho camino por recorrer.

Otro importante problema tiene relación con lo que se denominaríamos prácticas terapéuticas más correctas. Hay una multiplicidad de orientaciones conceptuales sobre la enfermedad mental que unida a la multiplicidad de enfoques terapéuticos que derivan de aquellas (tanto en el ámbito de las psicoterapias como en el de las terapias de base biológica o en las de rehabilitación) provoca en definitiva una dificultad en el establecimiento de lo que serían “buenas prácticas clínicas”, base imprescindible de todo planteamiento ético de práctica no—maleficiente. Muchos de los tratamientos en psiquiatría y psicología, aunque hayan mostrado de modo empírico su mayor o menor eficacia, tienen aún sin resolver la demostración científica de sus indicaciones, contraindicaciones y eficacia.

El reconocimiento de la capacidad de las personas para tomar decisiones y disponer libremente de sí mismas conlleva una serie de actitudes en la relación profesional—paciente que rompe con la tradición paternalista de la Medicina. La relación clínica, tradicionalmente vertical, se va horizontalizando al reclamar el paciente su protagonismo en la toma de decisiones sobre su vida y su salud. Pero esta consideración por ser novedosa no está libre de conflictos. Señalaremos los tres más importantes:

- 1) El respeto a la confidencialidad de los datos clínicos.
- 2) La información y el proceso de consentimiento informado.
- 3) La evaluación de la capacidad para decidir libremente.

El respeto a la *confidencialidad* se entronca en la tradición del secreto profesional, pero va más allá pues ahora se enfoca no sólo como un deber del profesional sino como un derecho de la persona a que no sean reveladas las informaciones confiadas en la relación. En el campo de la salud mental la confidencialidad es un tema especialmente importante por el tipo de información que se maneja, digamos que es información “especialmente sensible” y que habla de lo más íntimo de la persona; motivo por el que el cuidado en su manejo ha de ser muy delicado. La irrupción de las nuevas tecnologías —sistemas de registro informatizado, bases de datos, etc.— aporta importantes avances para el proceder clínico y la gestión asistencial, pero sin los suficientes controles pueden derivar en modos inadecuados que no eviten la difusión de información sobre los pacientes y sus dolencias fuera del ámbito estrictamente clínico. Pero hay que recordar que si bien es necesario disponer de sistemas informáticos con la suficiente salvaguarda de seguridad, el uso inadecuado siempre vendrá de las personas que lo manejan, por lo que sólo la conciencia de los profesionales respecto a los deberes de confidencialidad y secreto compartido podrá evitar el mal uso de la información clínica.

Del *consentimiento informado* (CI) se ha escrito mucho y quizá es el aspecto más visible de los cambios que el enfoque bioético ha traído a la relación asistencial. No se ha de confundir el CI con un papel que se da a firmar casi a ciegas a un paciente antes de una intervención clínica; ésta es la visión legalista, defensiva y espuria del CI. El CI genuino o es un proceso o no es nada. Más allá de consideraciones legales, el consentimiento informado, o —mejor dicho— el *proceso de información y consentimiento*, consiste en la explicación, a un paciente atento y mentalmente competente, de la naturaleza de su enfermedad, así como del balance entre los efectos de la misma y los riesgos y beneficios de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos recomendados, para a continuación solicitarle su aprobación para ser sometido



do a esos procedimientos; para ello la presentación al paciente debe ser comprensible y no sesgada; la colaboración del paciente debe ser conseguida sin coerción y el médico no debe sacar partido de su potencial dominio psicológico sobre el paciente.

También dentro del ámbito del respeto a autonomía de las personas hemos de hablar del complejo campo de la *capacidad / competencia*. Durante siglos se ha considerado a las personas enfermas como incapaces o inmaduros para decidir por sí mismas por el mismo hecho de estar sufriendo una enfermedad, y más aún las personas que sufrían patologías mentales. Obviamente hay patologías que producen una pérdida de la capacidad de juicio crítico y de decisión (unas veces de modo temporal, otras veces de modo más prolongado y otras de modo definitivo) pero siempre se ha de ser cuidadoso en no caer en el error de sobregeneralizar y atribuir un déficit de competencia al mero hecho de sufrir un trastorno psíquico. La valoración de la capacidad o competencia para tomar decisiones sanitarias sigue siendo un terreno falto de una sistemática, aunque en general se acepta que los criterios para medir la capacidad deben jerarquizarse de mayor a menor exigencia en relación con la mayor o menor trascendencia de la decisión a tomar.

Respecto al principio de beneficencia hay que recordar que hacer el bien al paciente es un planteamiento ético irrenunciable para los familiares, los sanitarios y cualquier otra persona que tiene a su cargo a una persona enferma. Sin embargo, hay al menos dos formas de plantearlo: una es hacer el bien según el criterio del médico, del familiar o del amigo (criterio benéfico-paternalista) y otra es hacer el bien siguiendo los planteamientos o valores de quien va a ser beneficiado (criterio benéfico-autonomista). Pero, en ocasiones, cuando hay que tomar decisiones sobre aspectos asistenciales sanitarios, el paciente puede tener ya su competencia bastante limitada, por ello, además de intentar corregir en la medida de lo

posible esa situación, siempre habrá que plantearse quién decide y qué se decide. La filosofía general de un trato benéfico sería, resumidamente: respetemos las peticiones del paciente (cuando las haya, por ejemplo mediante la declaración de voluntades anticipadas), cuando no las sepamos deleguemos en quien mejor le conoce y le quiere y, ante la duda, actuemos en el mayor beneficio del paciente.

Finalmente habría que hablar de los conflictos éticos que surgen en torno a la política asistencial psiquiátrica. Sin duda se trata de seguir en la brecha de la lucha iniciada ya hace décadas por la extensión de los cuidados de salud mental a la comunidad y por la dignificación en el trato del enfermo mental. Pero la paradoja actual es que a medida que han ido creciendo los recursos asistenciales, éstos se ven casi colapsados por la irrupción de casos de patología menor —cuando no de mero “malestar”— a la par que los recursos de rehabilitación para la atención a enfermos más graves sigue siendo escasa o deficiente. Un mínimo criterio de justicia distributiva nos debería obligar a repensar las prioridades a la hora de la creación y dotación de recursos.

## LOS COMITÉS DE ÉTICA ASISTENCIAL (CEA)

Tal como acabamos de esbozar, los problemas éticos que se plantean en la práctica asistencial psiquiátrica no son escasos. Afrontarlos desde una visión bioética supone, por una parte dejar de lado su mera lectura legalista —que trasluce casi siempre una actitud defensiva— y, por otra, hacerlo con un método y desde unas estructuras que permitan la reflexión sopesada y prudente, el debate y la deliberación racional, huyendo así de soluciones improvisadas, emotivistas o normativistas.

Uno de los modos —aunque no el único— de llevar esto a cabo son los Comités de Ética Asistencial. Un CEA es una instancia de consulta y diálogo que se conforma como un grupo



de personas que asumen la responsabilidad de intentar aclarar y resolver racional y razonablemente los conflictos de valores que se presentan en la práctica clínica; todo ello con el objetivo genérico de mejorar la calidad de la asistencia sanitaria y promover el desarrollo de los derechos humanos en el ámbito de la atención a la salud. Los CEA han surgido de la necesidad experimentada por los profesionales de compartir decisiones clínicas que comporten la contingencia de la incertidumbre tanto en los resultados de determinadas intervenciones diagnósticas o de tratamiento como en la valoración de los riesgos y beneficios.

Las funciones de los CEA se circunscriben a tres áreas principales:

- 1) Asesoramiento sobre conflictos concretos que se produzcan en las relaciones clínicas (por ejemplo en la ponderación de las decisiones a tomar en un caso clínico) y siempre a solicitud de las personas implicadas en dicha toma de decisiones; esta función asesora nunca será resolutoria, quedando a criterio de la persona o grupo asesorado la puesta en práctica o no de las recomendaciones del CEA.
- 2) Formación en bioética, promoviendo la divulgación, la formación y la reflexión del personal sanitario en cuestiones relacionadas con la ética asistencial.
- 3) Elaboración de documentos de análisis y/o consejo en casos generales. Es decir, sobre aquellas cuestiones de conflictos de valores que se generan recurrentemente en el medio asistencial (por ejemplo, el uso de medidas de contención mecánica).

Generalmente quedan excluidas de sus funciones:

- 1) La intervención jurídica explícita, tanto en el amparo de profesionales como en la participación en denuncias sobre negligencia profesional.
- 2) Los juicios de valor sobre la competencia profesional del personal sanitario.

- 3) La toma de decisiones sobre los problemas sobre los que son consultados, pues su función es solamente asesora.
- 4) El análisis de problemas socioeconómicos, de personal, recursos o justicia social que surjan en su medio.

Su método de trabajo es el que el propio comité asuma y conozca, y los requisitos que se exige a todo comité que se mueva en un ámbito civil o no confesional son:

- 1) que su método responda a criterios de razonabilidad, crítica, autonomía, pluralidad y diálogo.
- 2) Que los temas sean tratados desde la multidisciplinariedad y la representatividad de todas las personas afectadas por la toma de decisiones (de ahí la importancia de establecer correcta y equilibradamente su composición). La composición de los CEA, de hecho, ha de ser interdisciplinar, buscando la participación equilibrada de las diversas profesiones sanitarias y una cualificada representación de la sociedad.

Los CEA son multiprofesionales y tienen exclusivamente carácter asesor. La única autoridad de un comité será la "autoridad moral" que le otorgue el reconocimiento de un trabajo bien hecho. En definitiva, no se trata de suplantar las decisiones de los profesionales en su labor cotidiana sino de intentar ayudar en ese, en ocasiones, demasiado complejo proceso de toma de decisiones.

Podemos concluir comentando que el fin de la acción de un CEA es el de mejorar el proceso asistencial mediante recomendaciones a las que sólo se puede llegar tras un riguroso análisis ético de las situaciones. Los elementos clave de este análisis son: el partir de una posición de buena voluntad, el poseer una formación bioética suficiente, el aplicar una metodología de análisis adecuada y el ceñirse a reglas de discusión y deliberación razonadas, para finalmente descubrir la esencia común contenida en el consenso, que



suele definir el marco ético aceptable para todos los implicados.

El ejemplo más cercano que podemos aportar en el campo de la asistencia psiquiátrica es

el del CEA de los Servicios de Salud Mental de Álava que viene desarrollando su labor desde 1998.



Vitoria–Gasteiz, Mayo 2007

---

### **Bibliografía básica de referencia:**

- Baca E, Lázaro, J. (eds) *Hechos y valores en psiquiatría*. Triacastela. Madrid, 2003.
- Bloch S, Chodoff P, Green SA. *La ética en psiquiatría*. Triacastela. Madrid, 2001.
- Couceiro A. *Bioética para clínicos*. Triacastela. Madrid, 1999
- Feito L. *Ética profesional de la enfermería*. PPC. Madrid, 2000.
- Fulford KWM, Thornton T, Graham G. *Oxford textbook of philosophy and psychiatry*. Oxford University Press. Oxford, 2006.
- Gracia D. *Fundamentos de bioética*. Eudema. Madrid, 1989.
- Gracia D. *Como arqueros al blanco. Estudios de bioética*. Triacastela. Madrid, 2004.
- Gracia D, Júdez J. (eds) *Ética en la práctica clínica*. Triacastela. Madrid, 2004.
- Marijuan M, Lejona B, López de Heredia J, et al. *Guía práctica para la elaboración de documentos de información y consentimiento / Informazio eta baimen agiriak egiteko gida praktikoa*. Bilbao: Osakidetza–Servicio Vasco de Salud, 1998.
- Santander F. (coord) *Ética y praxis psiquiátrica*. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Madrid, 2000.